



For Agency Use Only:

يُرَجَى الطباعة بالحبر الأزرق أو الأسود فقط  
**1 - أخبرنا عن نفسك:** لابد من ذكر إذا ما كنت تقدم الطلب من أجل الأطفال فقط أو ولي الأمر أو الوصي أو فرد من أفراد الأسرة البالغين.

الاسم القانوني: \_\_\_\_\_ اذكر أي أسماء أخرى مستخدمة: \_\_\_\_\_  
 عنوان المنزل: \_\_\_\_\_ رقم الشقة أو قطعة الأرض: \_\_\_\_\_ المدينة: \_\_\_\_\_ البلد: \_\_\_\_\_ الولاية: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_  
 عنوان المراسلة (إذا كان مختلفاً): \_\_\_\_\_ المدينة: \_\_\_\_\_ البلد: \_\_\_\_\_ الرمز البريدي: \_\_\_\_\_  
 رقم المنزل: \_\_\_\_\_ (الرسائل/رقم الهاتف الخليوي): \_\_\_\_\_ (رقم هاتف العمل): \_\_\_\_\_ (هل من الممكن الاتصال بك في العمل؟ لا نعم \_\_\_\_\_)

**2 - أخبرنا عن كل فرد يعيش في منزلك:** ابدأ بنفسك في السطر الأول. ضع علامة عند كل شخص تريد تغطيته وضع رقم الضمان الاجتماعي (SSN) الخاص به. فقد يساعدنا ذكر رقم الضمان الاجتماعي الخاص بكل فرد في منزلك في تقديم خدمة أفضل. استخدم ورقة منفصلة إذا احتجت لمساحة أكبر.

تقديم طلب من أجل نعم لا	الاسم القانوني (في حال الحمل، اذكر «الطفل الذي لم يولد» في سطر منفرد)	في حال الحمل، اذكر تاريخ الوضع المتوقع	الصلة بالشخص رقم 1	ذكر أثنى	رقم الضمان الاجتماعي	تاريخ الميلاد	مواطن أمريكي؟ نعم لا	ولاية/بلد الميلاد	الأصل/العرق (اختياري)	أسم الوالدين بالكامل – كاملاً بالنسبة للأشخاص الأقل من 19 سنة، بما في ذلك الأطفال الذين لم يولدوا الوالد (الأم (قبل الزواج)
	1.		الذات							
	2.									
	3.									
	4.									
	5.									
	6.									

**3 - أخبرنا عن دخلك:** يلزم إثبات لجميع الإيرادات، قبل الخصومات. تتضمن الأمثلة نسخة من مفردات المرتب أو بيان من صاحب العمل أو خطاب الفائدة أو ما شابه ذلك. وإذا كنت تعمل لحسابك الشخصي (حسابك الخاص)، يجب تقديم أحدث عائد ضريبي مكتمل، إذا كان مقدماً. وفي حال لم يكن لديك عائد ضريبي، يلزم تقديم بيان بالدخل والنفقات عن آخر ثلاثة أشهر من العمل الذي تقوم به. هل يوجد أحد في أسرتك لديه وظيفة أو هل يعمل أحد لحسابه الخاص؟ لا نعم \_\_\_\_\_ إذا كانت الإجابة نعم، قم بملء المخطط أدناه عن جميع الوظائف.

اسم الأجير	اسم وهاتف الشركة (إذا كان يعمل لحسابه الشخصي، اذكر نوع العمل)	الراتب أو الأجر بالساعة	البيشيش أو العمولة أو العداوة	ساعات العمل الأسبوعية	كم عدد مرات حصولك على المال؟	يوم الأسبوع الذي تحصل فيه على المال	تاريخ الراتب التالي	لمن يعملون لحسابهم الشخصي فقط شهرياً (قبل النفقات)	الدخل الشهري (قبل النفقات)

هل يحصل أي من أفراد أسرتك، بما في ذلك الأطفال، على دخل مثل نفقة الطفل أو نفقة الزوجة المطلقة أو إعانة بطالية أو ضمان اجتماعي/دخل الضمان الاجتماعي أو تعويض العمل أو استحقاقات المحاربين القدامى أو ما شابه ذلك؟ لا نعم \_\_\_\_\_ إذا كانت الإجابة نعم، قم بملء الجدول أدناه عن كل شخص يحصل على دخل.

اسم الشخص الدخل المتحصل عليه	النوع / مصدر الدخل	المبلغ المُستلم (قبل الخصومات)	كم مرة تستلم	الدعوى / رقم أمر المحكمة

**4 - هل يوجد أحد ممن تقوم بتقديم الطلب لأجلهم في حاجة للمساعدة في دفع الفواتير الطبية عن الأشهر الثلاثة الماضية؟ لا نعم \_\_\_\_\_**  
 إذا كانت الإجابة نعم، يجب أن تقدم إثبات بكل الدخل الذي حصلت عليه أسرتك في كل شهر من الأشهر الثلاثة الماضية.

5 - هل يوجد أحد ممن تقوم بتقديم الطلب لأجلهم لديه تأمين صحي من أي نوع (بخلاف مساعدة كانساس الطبية)؟ لا \_\_\_\_\_ نعم \_\_\_\_\_  
إذا كانت الإجابة نعم، قم بملء المخطط أدناه وتقديم نسخ من كافة بطاقات التأمين (لكلا الجانبين).

إذا كان التأمين الصحي الخاص بأي شخص ممن تقوم بتقديم الطلب لأجلهم قد انتهى خلال الثمانية أشهر الماضية، يُرجى توضيح ذلك.

اسم حامل	بوليصة التأمين	الأشخاص الذين يشملهم التأمين	نوع التغطية (مستشفى، طب أسنان، أخرى)	تاريخ البدء	تاريخ الانتهاء	رقم البوليصة ورقم المجموعة

6 - إذا استخدمت أحد للاعتناء بأحد أفراد الأسرة أثناء عملك، فكم المبلغ الذي ستدفعه شهرياً؟ \_\_\_\_\_ لا تُستخدم هذه المعلومات لجميع البرامج.

7 - هل يحصل أي فرد من أفراد أسرته على دخل من صندوق استثماري؟ لا \_\_\_\_\_ نعم \_\_\_\_\_ إذا احتجنا إلى مزيد من المعلومات، سنتصل بك.

8 - هل تفضل لغة غير الإنجليزية؟ لا \_\_\_\_\_ نعم \_\_\_\_\_ إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى ذكرها. كتابةً: \_\_\_\_\_ تحدثاً: \_\_\_\_\_

هل تستخدم وسائل أخرى للاتصال، مثل لغة الإشارة أو طريقة برايل أو جهاز اتصالات للصم، أو غيرها من الطرق؟ لا \_\_\_\_\_ نعم \_\_\_\_\_  
إذا كانت الإجابة نعم، يُرجى ذكرها. الوسائل الأخرى: \_\_\_\_\_

9 - اختر خطتك الصحية: إذا تمت الموافقة على المساعدة الصحية، فسيتم تقديم الخدمات عن طريق KanCare. وهناك ثلاث خطط صحية خاصة بـ KanCare للاختيار من بينها.  
يُرجى مراجعة الخدمات الإضافية البارزة واختيار الخطة. في حال عدم الاختيار، فسيتم تخصيص خطة من أجلك. وإذا لم يعجبك التخصيص، فسيكون لديك ٩٠ يوماً لتغيير الخطط. هذا وستحصل على مجموعة من المعلومات الخاصة بخطتك.

أميريجروب (Amerigroup)  ولاية دوار الشمس الخطة الصحية (Sunflower State Health Plan)  المتحدة للخدمات الطبية (UnitedHealthcare)

## 10 - شروط هامة والإذن بالكشف عن المعلومات:

أدرك:

- أن لدي الحق في المعالجة العادلة بغض النظر عن العرق أو الجنس أو السن أو الإعاقة أو الدين أو المعتقد السياسي أو الأصل القومي.
- أن لدي الحق في الحفاظ على سرية المعلومات التي قدمتها ما لم تتعلق مباشرة بإدارة برامج كانساس للمساعدة الطبية.
- أنه يجب أن أقدم أو أتقدم بطلب الحصول على رقم الضمان الاجتماعي الخاص بأي فرد ممن أتقدم بطلب الحصول على مساعدة طبية من أجلهم وأصرح باستخدام هذه الأرقام لإدارة البرنامج. كما سيتم استخدام هذه الأرقام لمقارنات الكمبيوتر بالمنظمات الأخرى مثل البنوك وإدارة الضمان الاجتماعي ودائرة الإيرادات الداخلية.
- أنه من الضروري تقديم معلومات عن الدخل الحالي والعنوان وتكوين الأسرة، وأنا مسؤول عن الإبلاغ عن التغييرات أثناء عملية تقديم الطلب وعند التأهل.
- أنه قد يحصل بعض أو جميع الأشخاص الذي أتقدم بالطلب من أجلهم تغطية صحية مماثلة بموجب برنامج المعونة الطبية إذا كانوا مؤهلين. وأنا مسؤول عن استخدام والإبلاغ عن أي مورد خارجي (مثل التأمين الصحي أو التسويات القضائية أو مدفوعات الدعم الطبي أو الديون أو الوصاية أو ما شابه ذلك) من الممكن أن يكون لها التزام قانوني بدفع أي أو كل النفقات الطبية الخاصة بمن أتقدم بالطلب من أجله. وأدرك أنه قد يتوقف الدفع مقابل خدمة خاصة عند الفشل في استخدام المورد الخارجي.

11 - التوقيع: يجب توقيع هذا الطلب وتاريخه حتى يُعتبر طلباً مكملاً.

يشير توقيعي على هذا الطلب إلى أنني قرأت وفهمت الشروط أعلاه. كما يفوض الموظفين ومقدمي الخدمات الطبية والمؤسسات المالية ومقدمي الخدمات التأمينية ومقدمي المساعدة وغيرهم من الأشخاص والوكالات الذين على علم بطروفي بنشر أي معلومات إلى إدارة الصحة والبيئة بكانساس أو إدارة الأطفال والأسر أو إدارة خدمات الإعاقة والشيوخ بكانساس أو غيرها من برامج المساعدة، بما في ذلك المعلومات السرية، اللازمة لتحديد أهليتي. جميع المعلومات المقدمة في هذا الطلب محمية بموجب قوانين الدولة والقوانين الفيدرالية. وهذا الإصدار ساري بدءاً من هذا التاريخ. ونسخة هذا التفويض سارية شأنها شأن النسخة الأصلية.

## التاريخ

توقيع مقدم الطلب (لازم)

## التاريخ

توقيع الزوج/الزوجة أو البالغ (إذا كان مقدم الطلب)

12 - معلومات تسجيل ناخبي كانساس: هل ترغب في التسجيل للتصويت اليوم؟ لا \_\_\_\_\_ نعم \_\_\_\_\_ مسجل بالفعل \_\_\_\_\_  
لن يؤثر هذا القسم على المساعدة الطبية التي تحصل عليها.